

СТИГМА ПРЕМА ОСОБАМА СА МЕНТАЛНОМ БОЛЕШЋУ

Ивона Милачић-Видојевић, Ненад Глумбић

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Особе са менталном болешћу се често сусрећу са стигмом и дискриминацијом које су узроковане знањем, ставовима и понашањем других људи. Овај рад има за циљ да расветли концепт стигме везане за менталну болест и њене последице за особе са менталном болешћу. Стигма и дискриминација отежавају њихов оптимални опоравак, социјалну партиципацију и реинтеграцију у друштво. Оне доводе до сиромаштва, социјалне маргинализације и ниског квалитета живота. Сlike о менталној болести које постоје у јавности и друштвене реакције додају нову димензију патњи која се описује као „друга болест“. У раду се разматра разлика стигме везане за менталну болест и друга стања и варирање дискриминације у различитим земаљама и културама. Разматра се концепт стигме и њене три важне компоненте: проблем знања (незнање); проблем става (предрасуде) и проблем понашања (дискриминација). Промена фокуса са стигме на дискриминацију доводи до следећих предности: пажња се помера са ставова на актуално понашање, може се сагледати да ли интервенције доводе до промене понашања без обавезне промене знања или осећања, особе са менталном болешћу могу имати користи од антидискриминационих закона и, на крају, ова перспектива омогућава фокусирање на „стигматизере“ а не само на „стигматизоване“ особе.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: стигма, дискриминација, ментална болест

УВОД

Да ли процес стигматизације треба фаталистички прихватити као процес искључења који је дубоко укорењен у људску природу и отпоран на промене или стигму и дискриминацију треба сагледати као кул-

туролошке конструкције које се могу променити уколико их јасно разумемо и посветимо се њиховом укидању?

Стигма се, историјски гледано, односила на знак убележен на кожи урезивањем који је служио да се означе робови или луталице. Касније се термин стигма користио метафорички да би означио особе које су „упрљане“ и на неки начин морално оштећене (Gilman, 1982). У савремено доба, стигма се односи на било који атрибут, црту или поремећај који означава да је особа неприхватљиво различита од „нормалних“ особа са којима има свакодневне контакте што доводи до одређених санкција које примењује заједница (Goffman, 1963).

Стигма и соматске болести

Концепт стигме се користио и за соматске болести (Goldin, 1994). Главне теме у овим дискусијама су биле:

- колико је особа одговорна за стање у коме се налази (и да ли може да се окривљује за свој статус)
- равнотежа између потребе за заштитом јавног здравља и поштовања људских права особа са дијагнозом.

Веома је важно истаћи да је током 90-тих година прошлог века доминирало нетачно веровање о повећаном ризику за здравље приликом социјалног контакта са особама са ХИВ-ом, као и веровање да особе са ХИВ-ом заслужују своју болест, али се отворено испољавање стигме смањило током последње декаде (Goldin, 1994a).

Епилепсија је често истраживана у односу на проблем стигматизације (Jacoby et al., 2005). Интересантан је налаз да се природа стигме према особама са епилепсијом у различитим европским земљама разликовала. Изгледа да постоји висок ниво културолошке специфичности у социјалним реакцијама и личном искуству повезаним са епилепсијом. Поред епилепсије, изучавани су и многи други поремећаји као што су неуролошка стања, инконтиненција, церебро-васкуларни поремећаји и стигматизација везана за особе са наведеним стањима. Неколико тема се појавило:

- степен социјалне реакције је повезан са видљивошћу потремећаја
- поремећаји за које се сматра да су под утицајем личне контроле воде ка социјалном дистанцирању од особа са таквим поремећајима
- доживљавање стигме је под утицајем механизма превладавања особе која је у питању

- ставови и понашања према овим особама се могу променити и мењају се (Baker et al., 2005).

Стигма и менталне болести

Без обзира на експланаторни модел ментална болест је реална, и са поражавајућим последицама по индивидуу, породицу, заједницу и нацију. Са предвиђањима слабе економске продуктивности и високог морбидитета и морталитета (укључујући суицид) заједно са високом преваленцијом, ментални поремећаји су стања и болести које су ометајуће у великом степену (WHO, 2001). Најтеже форме менталне болести се дешавају у 6% случајева у популацији, али је много већи број индивидуа које пате од благих и умерених варијанти (Kessler et al., 2005). Већина менталних болести почиње у детињству или адолесценцији што захтева развојну перспективу у разматрању менталне болести и стигме (Hinshaw, Cicchetti, 2000). Wang и сар. (2005) истичу да особе са менталном болешћу касне у тражењу помоћи, често годинама и деценијама због стида, незнања и других нуспродуката стигме.

У највећем делу литература о стигматизацији особа са менталном болешћу се фокусира на теорије о психолошким процесима, скале ставова, повезаност менталне болести и насиља и приказивање особа са менталном болешћу у средствима масовне комуникације (Weiss, 2001). Студије спроведене у Немачкој су указале на велики степен социјалне дистанце према особама са шизофренијом (Angermayer, Matschinger, 1997). Стигма се може проценити и индиректно. Занимљив приступ је коришћен у испитивању које је имало за циљ да утврди да ли постоји различит третман особа са одређеним физичким стањем уколико имају и дијагнозу менталне болести. Резултати указују да особе које поред физичке болести имају и менталну, добијају мањи број неопходних лекарских прегледа (Desai et al., 2002). Ови налази снажно указују да директна и индиректна дискриминација постоји.

О дискриминацији у различитим културама

Иако постоје многа истраживања о стигми и менталној болести у многим земљама, свега неколико истраживања је поредило резултате са два или више места (Fabrega, 1991). Заједнички налаз у истраживањима спроведеним у различитим земљама је висок ниво испољеног незнања и погрешних информација о менталним болестима. Резултати су такође показали да не постоји земља, друштво или култура у којој се

особе са менталном болешћу сматрају подједнако вредним и на исти начин прихваћеним као особе без менталне болести. Искуства стида (према себи) и кривице (наметнуте од стране других особа) су заједничка свуда где се стигма изучавала, са разликом у степену испољавања. Трећи заједнички налаз је, да се у поређењу са другим стањима, ментална болест више стигматизовала (Lai et al., 2001). Изгледа да је одбијање и избегавање особа са менталном болешћу универзалан феномен.

Неки од начина на који се стигма испољава су (Hinshaw & Stier, 2008):

- избегавање тражења третмана – две трећине особа са дијагнозом менталног поремећаја не тражи третман. Стигматизација менталне болести и недостатак информација о симптомима менталне болести су главне баријере у тражењу помоћи.
- смањена стопа запошљавања – три четвртине ових особа каже да је научило да не открива историју болести приликом конкурисања за посао, 7 од 10 испитаника каже да је третирано као мање компетентно на послу од тренутка откривања дијагнозе.
- ниже самовредновање – стигма води до ниског самовредновања, изолације, осећања безнадежности. Ниско самовредновање као одговор на стигматизацију је предиктор слабијег социјалног прилагођавања.
- стигма по асоцијацији или стигма из учтивости – стигма не утиче само на особе са менталном болешћу већ и на чланове њихових породица. Реч је о стигми по асоцијацији или стигми из учтивости која доводи до дискриминаторног понашања према особама које су на неки начин повезане са особама које имају менталну болест (Milačić, Vidojević, 2007; Goffman, 1963).

Особе са менталном болешћу само зато што је имају и што су означене као ментално болесне пате због социјалних реакција које имају негативан ефекат на њихову добробит, адаптацију и социјалну интеграцију. Може се рећи да ментална болест као и друга људска стања као што су раса, пол, сексуална оријентација укључују процес стигматизације.

Разумевање стигме

Процес стигматизације се састоји из четири компоненте (Link et al., 2004):

1. означавање – у коме личне карактеристике указују на различитост

2. стереотипизација – повезивање различитости у нешто што је непожељно
3. одвајање – јасно разграничење „нормалне“ и означене групе као непомирљиво различитих
4. губитак статуса и дискриминација – обезвређивање, одбијање и искључивање означене групе.

У скорије време аутори су укључили и емоционалне реакције које прате сваки од наведених ступњева (Jones et al., 1984).

Други начин сагледавања стигме је њено посматрање и односу на шест димензија које варирају (Jones et al., 1984): скривеност или видљивост, ток у времену, утицај на интерперсоналне односе, естетски квалитет, узрок поремећаја, опасност по друге која се повезује са одређеним стањем.

Иако је процес стигматизације сложен, у истраживањима је доминирао академски приступ, са мало повезивања са подручјем ометености (Sayce, 2000) или клиничком праксом. На пример, Закон о забрани дискриминације у Великој Британији је био релативно мало коришћен у случајевима менталне болести (Glozier, 2004). Фокус на концепт стигме, а не на предрасуде и дискриминацију је такође одвојио подручје менталне болести од подручја ометености. Мало се зна о ефикасним интервенцијама за смањење стигме (Gaebel & Baumann, 2003) или актуелним искуствима одбацивања и искључивања особа са менталном болешћу (Rose, 2001). Наведене теорије мало пажње обрађају на значај друштвених фактора или питања моћи које имају особе са менталном болешћу. Теорије стигме су мало пажње обрађале на структуралне факторе који указују на мању вредност која се приписује означеним групама што је последично водило малом улагању у сервисе менталног здравља (Corrigan et al., 2004). Истраживања стигме су се мало повезивала са људским правима (Amnesty International, 2000). Међународне декларације нису много помогле побољшању психијатријског третмана, нарочито у области принудног лечења (Kingdon et al., 2004). Дискриминаторно понашање је било значајно у области личних искустава корисника услуга менталног здравља, међуљудским односима особа са менталном болешћу, родитељству, образовању, запошљавању (Thornicroft et al., 2004). Теорије стигме нису биле довољно осетљиве у разумевању осећања и искустава особа са менталном болешћу или у предузимању практичних корака да би се спречило социјално искључивање.

Стигма се може сагледати као термин који садржи три важна елемента (Thornicroft, 2006): проблем знања (незнање), проблем става (предрасуде), проблем понашања (дискриминација).

Проблем знања – незнање

Студије спроведене у различитим земљама показују да је знање о менталним болестима веома слабо. Честа погрешна претпоставка је да схизофренија значи „подељени ум“ или „подељену личност“ (Sartorius & Schultze, 2005). Уопштено, старији људи имају мање знања у поређењу са млађим (Stuart & Arbaleida-Florez, 2001). Истраживања показују да велики број испитаника (63%) сматра да ће мање од 10% популације доживети менталну болест у неком временском периоду. Жене имају позитивније ставове према особама са менталном болешћу на шта указују истраживања у земљама Западне Европе (Madianos et al., 1999) и у Аустралији (Jorm et al., 1999). Примећује се недостатак знања о томе како потражити помоћ у случају менталне болести (Phelan et al., 2000). У шкотској студији 1% деце је поменуло школско саветовање, 1% телефонску помоћ, 4% разговор са пријатељима, 10% одлазак код лекара, 35% није знало како би потражило помоћ (See Me Scotland, 2004). Истраживање у Аустралији је показало да 72% испитаника може да наведе главне карактеристике депресије, али само 27% би могло да препозна схизофренију. Многе стандардне психијатријске третмане испитаници су описали као општећујуће уместо помажуће (као што је антипсихотична терапија, лечење на психијатријском одељењу) и већина испитаника би радије препоручила витамине у лечењу психијатријских поремећаја. Овакви налази показују да је неопходно обезбедити квалитетније информације о природи психијатријских болести и доступним третманима.

Да ли се стигма смањује или повећава? Истраживања показују контрадикторне резултате. У Грчкој, поређења јавних ставова из 1980. и 1994. године показују да би већи број људи прихватио особе са менталном болешћу као суседе или колеге на послу (Madianos et al., 1999). Постоје и индиректни показатељи да се сагледавање менталне болести променило као што је повећан број особа у многим земљама које траже помоћ у случају менталне болести (Jorm et al., 1999), иако већина и даље не тражи помоћ (Phelan et al., 2000). Студија спроведена у Америци указује на чињеницу да је последњих година проширено поље онога што се подразумева под менталном болешћу, тако да испитаници укључују и непсихотичне поремећаје и социјално девијантно понашање (Phelan et al., 2000). У Великој Британији (See Me Scotland, 2004) истраживање је показало да је опао број људи који тврде да се особе са менталном болешћу могу лако препознати (са 30% на 20%). Један од разлога за добијање контрадикторних резултата је питање специфичности дијагнозе у односу на коју се траже одговори испитаника. У

новијим истраживањима се више не постављају питања о „менталној болести“ већ о специфичним дијагнозама као што су депресија или шизофренија и тада се могу уочити специфичне промене. На пример, у периоду између 1998. и 2003. год. опао је број испитаника који сматрају да особе, оболеле од депресије или шизофреније, представљају опасност за друге људе, да се не могу у потпуности опоравити и да су суштински другачије од других људи (Crisp et al., 2004):

Најчешћи митови о ометености и менталној болести

Јасно је да се мишљења лаика о томе шта је ментална болест и какву помоћ треба тражити разликује од мишљења стручњака. Постоје веровања о менталним болестима која опстају у времену, а нису заснована на доказима. Оваква веровања стручњаци називају „митовима“. Неки од митова се односе на све ометене особе (Department of Health, 2000): ометеност је искључиво биолошки узрокована; када ометена особа има проблеме, они потичу од самог општећења; ометена особа је „жртва“; ометеност заузима централно место у селф-концепту ометене особе; бити ометен је синоним за тражење помоћи и друштвене подршке.

Следећи митови се односе само на особе са менталном болешћу (Fine&Ash, 1988): шизофренија значи „подељена личност“; све особе са шизофренијом су опасне и склоне насиљу; шизофренија представља врсту креативне имагинације или „унутрашње путовање“; шизофренија је грешка у генима; особе са шизофренијом не могу да раде, нити да самостално доносе одлуке; ја не могу да оболим од менталне болести; ментална болест је исто што и ментална ретардација; када се особа разболи од менталне болести, не може се никада опоравити; ментална болест је последица слабог карактера; ментална болест није права медицинска болест као нпр. дијабетес; ментална болест је резултат лошег родитељства.

Стереотипи

Стереотипи нам омогућавају да избегнемо преплављеност великим бројем информација из сложеног окружења. Они утичу на смањивање разлика унутар групе и на ублажавање социјалних тензија међу вршњацима, колегама или члановима породице. Стереотипи чувају менталне ресурсе који остају доступни за друге задатке (Social Exclusion Unit, 2004). Зашто се стереотипи примењују на одређене категорије људи? Једна од теорија тврди да стереотипи доприносе друштвеном преживљавању (Fiske, 1998). Према овом приступу, дистанцирамо се од особа које су претња базичним ресурсима друштвеног преживљавања.

Друго гледиште нам казује да стигматизација има друге, друштвено корисне циљеве. Она омогућава особи да себе сагледа као добру, као и своју групу и поглед на свет (Social Exclusion Unit, 2004).

Треће гледиште показује да је стигматизација укорењена у базичну потребу живљења у ефикасној групи. Стигматизација је врста друштвене контроле која се користи против оних чије се карактеристике опажају као претеће за ефикасно функционисање групе (Social Exclusion Unit, 2004).

Неки аутори сматрају да стигма има биолошке корене (Crandall, 2000). Повезана са њом је и теорија да стигма има корене у тенденцији људи да избегавају опасност (Haghighat, 2001). Стигматизација не би била усмерена директно против других особа већ против оних који представљају претњу (Haghighat, 2001). Управо претња представља мост од незнања до предрасуда и дискриминације.

У специфичном случају менталне болести истраживања откривају да у западним друштвима, стереотипи укључују информације о: опасности и повезаности са насиљем; одговорности за саму болест или за немогућност излечења; слабом карактеру особа са менталном болешћу; некомпетентности за бригу о себи; непредвидљивом карактеру и недостатку контроле у понашању. Када се предрасуде активирају, веровања могу водити до реакција страха, забринутости, неповерења, које могу бити окидач за разноврсне форме дискриминације.

Предрасуде

Реакција већинске групе да реагује у складу са предрасудама и одбаци мањинску групу укључује, не само негативне мисли, већ и снажне емоције као што су анксиозност, бес, презир, непријатељство, одвратност (Link et al., 2004). Лакше је превидети дискриминацију на основу предрасуда, него на основу стереотипа (Social Exclusion Unit, 2004). Предрасуде могу да буду последица директног контакта са „другом“ групом. Искуство контакта може да се доживи као непријатност, анксиозност, амбиваленција или одбијање интимности (Social Exclusion Unit, 2004). Ова осећања су јача код ауторитарних личности, као и код особа које верују да је свет управо такав и да људи добију оно шта су заслужили (Stangor & Crandall, 2000).

Дискриминација: проблем понашања избегавања и одбијања

Када померимо фокус од стигме на дискриминацију скрећемо пажњу са ставова на актуелно понашање. Интервенције се могу предузимати да би се видело да ли се мења понашање особа без нужне промене знања или осећања. Особе са дијагнозом менталне болести могу имати користи од антидискриминационих закона на основу паритета са особама са ометеношћу. Разматрање дискриминације од нас захтева да се фокусирамо на особе које стигматизују друге, а не само на стигматизоване особе. То значи да се треба ослањати на људска права и израчунавати се са неправдом и дискриминацијом које свакодневно доживљавају особе са менталном болешћу (Crandall et al., 2002).

ЛИТЕРАТУРА

1. Amnesty International (2000). Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions. London, Amnesty International.
2. Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med*, 27 (1), 131-41.
3. Baker, G.A., Brooks, J., Buck, D., Jacoby, A. (2000). The stigma of a epilepsy: a European perspective. *Epilepsia*, 41 (1), 98-104.
4. Corrigan, P.W., Watson, A.C., Warpinski, A.C., Gracia, G. (2004). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Ment Health J*, 40 (4), 297-307.
5. Crandall, C.S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: the justification of stigmatization. U: Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., Hull, J.G. (Eds.) *The Social Psychology of Stigma*. New York, Guilford (str.126-150).
6. Crandall, C.S., Eshelman, A., O Brian, L. (2002). Social norms and the expression and suppression of prejudice: the struggle for internalization. *J Pers Soc Psychol*, 82, 359-378.
7. Crisp, A.H., Cowan, L., Hart, D. (2004). The Colleges anti-stigma campaign 1998-2003. *Psychiatr Bull*, 28, 133-136.
8. Department of Health. Attitudes to Mental Illness Summary Report (2000). London, Department of Health.
9. Desai, M.M., Rosenheck, R.A., Druss, B.G., Perlin, J.B. (2002). Mental disorders and quality of diabetes care in the veterans health administration. *Am J Psychiatry*, 159 (9), 1584-1590.
10. Fabrega, H. (1991). The culture and history of psychiatric stigma in early modern and modern Western societies: a review of recent literature. *Compr Psychiatry*, 32, 97-119.

11. Fine, F., Asch, A. (1988). Disability beyond stigma: social interaction, discrimination and activism. *Journal of Social Issues*, 44 (1), 3-23.
12. Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice and discrimination. U: Gillbert, D., Fiske, S.T., Lindzey, G. (Eds.) *The Handbook of Social Psychology*. Boston, McCraw- Hill (str.504-533).
13. Gaebel, W., Baumann, A.E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry*, 48 (10), 657-662.
14. Gilman S.L. (1982). *Seeing the insane*. Wiley, New York.
15. Glozier, N. (2004). The Disability Discrimination Act 1995 and psychiatry: lessons from the first seven years. *Psychiatr Bull*, 28, 126-129.
16. Goffman I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books.
17. Goffman, E. (1963). *Stigma*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
18. Goldin, C.S. (1994). Stigmatization and AIDS: critical issues in public health. *Soc Sci Med*, 39 (9), 1359-1366.
19. Haggighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*, 178, 207-215.
20. Hinshaw, S.P., Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Dev Psychopathol*, 12, 555-98.
21. Hinshaw, S., Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 4, 367-393.
22. Jacoby, A., Snape, D., Baker, G.A. (2005). Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol*, 4 (3), 171-178.
23. Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D., Scott, R. (1984). *Social Stigma: The psychology of marked relationships*. New York, W.H. Freeman&Co.
24. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*, 33 (1), 77-83.
25. Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E. et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders: 1990-2003. *N Engl J Med*, 352 (24), 2515-2523.
26. Kingdon, D., Jones, R., Lonquist, J. (2004). Protecting of human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe. *Br J Psychiatry*, 185, 277-279.
27. Lai, Y.M., Hong, C.P., Chee, C.Y. (2001). Stigma and mental illness. *Singapore Med J*, 42 (3), 11-114.
28. Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

29. Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., Collins, P.Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 30 (3), 511-541.
30. Madianos, M.G., Economou, M., Hatjiandreou, M., Papageorgiu, A., Rogakou, E. (1999). Changes in public attitudes towards mental illness in the Athen area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatr Scand*, 99 (1), 73-78.
31. Milačić Vidojević, I. (2007). „Stigma iz učtivosti“ u porodicama dece sa ometenošću. Nove tendencije u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji, FASPER, Beograd, 243-263.
32. Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., Pescosolido, B.A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and social Behavior*, 41, 188-207.
33. Rose, D. (2001). *Users Voices, The perspectives of mental health service users on community and hospital care*. London, The Sainsbury Centre.
34. Sartorius, N., Schultze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A report from a global association*. Cambridge, Cambridge University Press.
35. Sayce, L. (2000). *From Psychiatric Patient to Citizen. Overcomong discrimination and social exclusion*. Basingstoke, Palgrave.
36. Stangor, C., Crandall, C.S. (2000). Threat and social construction of stigma. U: Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., Hull, J.G. (Eds.) *The Social Psychology of Stigma*. New York, Guilford (str. 62-87).
37. Stuart, H., Arbleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252.
38. Social Exclusion Unit. (2004). *Mental Health and Social Exclusion*. London, Office of the Deputy Prime Minister.
39. See Me Scotland. (2004). *The Second National Public Attitudes Survey, „Well? What do you think?“*. Edinburgh, Scottish Executive.
40. Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A. et al. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res*, 69 (2-3), 125-132.
41. Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford, UK, Oxford Univ.Press.
42. Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact in the National Comorbidity Survey replication. *Arch.Gen. Psychiatry*, 62, 603-13.
43. Weiss, M.G. (2001). Cultural epidemiology. *Anthropology and Medicine*, 8, 5-29.
44. World Health Org. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. New York, World Health Org.

STIGMA AGAINST PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

IVONA MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, NENAD GLUMBIĆ
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

SUMMARY

Persons with mental illness frequently encounter stigma and discrimination behaviour. This review aims to clarify the concept of mental illness stigma and consequences for individuals with mental illness. Stigma and discrimination impede their optimal recovery, social participation and reintegration in society. Stigma and discrimination can lead to impoverishment, social marginalization and low quality of life. Public images of mental illness add new dimension on human suffering and has been described as "second illness". In this paper we discuss how far stigma applies to people with mental illnesses compared with other conditions and how discrimination varies between countries and cultures. We discuss stigma as an overreaching term that contains three important elements: problems of knowledge (ignorance), problems of attitudes (prejudice) and problems of behaviour (discrimination). Shifting focus from stigma to discrimination shows a number of distinct advantages: attention moves from attitudes to actual behaviour, interventions can be tested to see if they change behaviour towards people with mental illness without changing knowledge or feelings, people who have a diagnosis of mental illness can benefit from anti-discrimination laws and a discrimination perspectives requires us to focus upon „stigmatiser“, not only upon “stigmatized”.

KEY WORDS: stigma, discrimination, mental illness